AG2R LA MONDIALE

CLCG
RÉSEAU NATIONAL
D'EXPERTISE ET DE GESTION
ENTREPRENONS ENSEMBLE

CÔTÉ CONSEILS

LA LETTRE D'INFORMATION DÉDIÉE AUX CONSEILS
AVRIL 2015

LA GÉNÉRALISATION DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Corinne GENESTE,
Secrétaire Générale du CLCG
Franck LÉONARD,
AG2R LA MONDIALE, Responsable du Partenariat CLCG

LA SANTÉ, UNE AFFAIRE DE PARTENAIRES

Vous trouverez ci-joint la lettre d'information « Côté Conseils » qui traite, dans le cadre de la loi sur la sécurisation de l'emploi, promulguée le 14 juin 2013, de la généralisation de la complémentaire santé pour tous les salariés.
Sur les 17 millions de salariés français, 30 % ne sont pas couverts en santé par leur entreprise ou par un accord de branche ou d'entreprise. Cette généralisation va changer la couverture de plusieurs millions de salariés qui avaient une couverture individuelle ou pas de couverture en frais de santé complémentaire.
Nous espérons que ce support vous apportera les éléments adéquats pour vous faire gagner du temps et simplifier la mise en place des futures obligations de vos adhérents.
Dès à présent, la profession comptable et les organismes d'assurance doivent mettre en place des moyens pour aider les entreprises à s'organiser.
Les équipes d'AG2R LA MONDIALE mettent à votre disposition leur expertise et leur savoir-faire pour vous permettre de prendre les bonnes décisions et de vous faire gagner du temps dans la mise en place de ce nouveau dispositif chez vos adhérents.

SOMMAIRE

02 CÔTÉ ACTUALITÉ
14 CÔTÉ INTERVIEW
16 CÔTÉ SANTÉ
24 LEXIQUE

CÔTÉ ACTUALITÉ

2016
1er JAN.
Votre entreprise doit se mettre en conformité avec ces nouvelles dispositions réglementaires avant le 1er janvier 2016.

QUE PRÉVOIT L'ARTICLE 1 DE LA LOI DE SÉCURISATION DE L'EMPLOI ?

La loi sur la sécurisation de l'emploi, promulguée le 14 juin 2013, a transposé les dispositions de l'Accord National Interprofessionnel (A.N.I) du 11 janvier 2013 concernant la généralisation de la complémentaire santé avec la mise en place d'une couverture complémentaire en frais de santé minimale pour tous les salariés **au plus tard le 1er janvier 2016**.

EN QUOI CONSISTE LA GÉNÉRALISATION DE LA COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ POUR TOUS LES SALARIÉS ?

Cette généralisation va permettre aux près de 5 millions de salariés qui ne sont pas couverts par une couverture complémentaire de frais de santé collective obligatoire d'y accéder en bénéficiant d'un socle minimal de garanties.

Pour permettre la généralisation de la couverture complémentaire santé, la loi prévoit que les garanties santé seront mises en place à titre « obligatoire » et à titre « collectif » pour l'ensemble des salariés de l'entreprise. S'il n'y a pas de régime de santé mis en place par accord de branche ou accord d'entreprise avant le 01.01.2016, l'employeur devra mettre en place un régime de frais de santé collectif à adhésion obligatoire par DUE à compter de cette même date.

Cette couverture complémentaire en frais de santé doit :
- respecter le panier minimal de soins (décret du 08/09/2014) ;
- respecter le nouveau cahier des charges des contrats responsables (décret du 18/11/2014).

Cette couverture doit, en outre, être solidaire.

À NOTER

› Ces contrats bénéficient actuellement d'avantages fiscaux et sociaux (limites sociales et fiscales des régimes de protection sociale collective art. 83 du CGI).

QUI PEUT BÉNÉFICIER DE CETTE LOI ?

La loi étend l'accord du 11 janvier 2013 à tous les salariés du privé, ce qui signifie que la généralisation de la complémentaire santé ne touchera pas seulement les secteurs d'activités relevant des organisations patronales signataires de l'ANI : elle concerne donc également l'agriculture, l'économie sociale, les professions libérales et les entreprises de presse.

La généralisation de la couverture santé concernera toutes les entreprises, y compris celles de moins de 50 salariés.

Seuls les salariés sont concernés. Ainsi, par exemple les mandataires sociaux qui ne cumulent pas leur mandat social avec un contrat de travail ne sont pas concernés. En revanche, les VRP, les intérimaires, les salariés en CDD, les saisonniers et les apprentis qui ont le statut de salarié doivent bénéficier du panier de soins minimal ANI. La généralisation ne touche ni les retraités, ni les chômeurs de plus d'un an, ni les précaires.

À NOTER

› La loi s'applique à tous les secteurs professionnels alors que le champ de l'ANI du 11 janvier 2013 était plus restreint.

GÉNÉRALISATION DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ
La loi pour la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 prévoit une couverture santé minimale pour tous les salariés
2016
1er JAN.
50%

QUELQUES CHIFFRES

Près de 470 000 entreprises non équipées en complémentaire frais de santé collective,

4 à 5 millions de salariés et

3,5 millions d'ayants-droits sont concernés et 90 % d'entres-eux sont actuellement couverts par une complémentaire santé individuelle,

97 % des TPE concernées ont moins de 20 salariés.

QUELLES SONT LES GARANTIES MINIMUM OBLIGATOIRES ?

Le décret du 8 septembre 2014 relatif au panier de soins minimum des contrats collectifs (publié le 10 septembre 2014 au journal officiel) précise les garanties minimales des contrats complémentaires de santé collectifs.

Soins de ville

L'assurance complémentaire santé des salariés devra couvrir l'intégralité du ticket modérateur (100 % Base de Remboursement de la Sécurité sociale - BR) sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'Assurance maladie (à l'exception des médicaments à SMR modéré, à SMR faible, les spécialités homéopathiques, les soins thermaux et à l'exclusion de la majoration du TM pour non respect du parcours de soins, des participations forfaitaires et franchises médicales) ainsi que le forfait hospitalier (hors établissements médicaux-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD)) sans limitation de durée.

À NOTER

- L'obligation de couverture minimale en santé est dorénavant de nature légale.
- Les dispositions de l'article L911-7 du Code de la Sécurité sociale ont un caractère d'ordre public (cf.CSS, L914-1).
- Il s'agira donc d'une obligation patronale incontournable au plan juridique à compter du 1er janvier 2016.

Soins dentaire

Le décret du panier de soins se démarque avec un plancher de prise en charge d'un minimum de 125 % des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie des frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dentofaciale.

Soins optique

Concernant l'optique, le panier de soins intègre trois forfaits minimum de prise en charge suivant le degré de correction des verres :
- 100 euros minimum pour les corrections simples,
- 150 euros minimum pour une correction mixte simple et complexe,
- 200 euros minimum pour les corrections complexes.

À NOTER

- Les forfaits s'entendent par période de deux ans pour un équipement de deux verres et d'une monture sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, cas pour lesquels la périodicité est de un an.

Ticket modérateur

Actes et prestations remboursés par la Sécurité sociale : 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Forfait journalier hospitalier

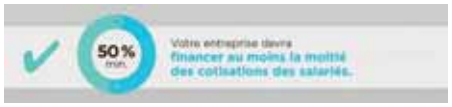
Sans limitation de durée.

Optique et dentaire

Optique :
100 € à 200 € selon la correction (verres + montures).

Orthodontie :
125 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Prothèses dentaires :
125 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale.



COMMENT EST ENCADRÉ FINANCIÈREMENT CE CONTRAT ?

L'article L.911-7 du code de la Sécurité sociale précise que l'employeur doit assurer au minimum la moitié du financement de cette couverture. Le « cette couverture » fait référence au panier de soins minimal.
Toutefois, la DSS considère que l'employeur doit prendre 50 % de la cotisation globale du contrat. Aussi, pour respecter la position de la DSS et par mesure de simplification technique nous préconisons que la participation patronale du contrat frais de santé souscrit en application de l'article L.911-7 du code de la Sécurité sociale représente au minimum 50 % de la cotisation totale (y compris garanties supérieures au panier de soins minimal défini à l'article L.911-7 du code de la Sécurité sociale).

COMMENT DOIT ÊTRE TRAITÉE LA NOUVELLE DÉFINITION DU CONTRAT RESPONSABLE DANS LE CADRE DE LA GÉNÉRALISATION DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ POUR TOUS ?

Aujourd'hui, Il n'y a aucune obligation pour un employeur de mettre en place un régime de santé responsable pour l'ensemble de son personnel sauf s'il souhaite bénéficier des avantages sociaux et fiscaux qui y sont attachés.
Mais, dans le cadre de l'ANI santé du 11/01/2013 repris dans l'art. 1 de la Loi sur la sécurisation de l'emploi du 14/06/2013, les contrats complémentaires santé, devant répondre au panier minimal de soins, doivent également répondre au nouveau cahier des charges des contrats responsables : **les 2 obligations deviennent donc associées à compter du 01 avril 2015, date d'entrée en vigueur du nouveau cahier des charges des contrats responsables pour les nouvelles adhésions**.

À NOTER

› Actuellement, 95 % des contrats de complémentaire santé sont des contrats solidaires et responsables.

QU'EST-CE QU'UN CONTRAT RESPONSABLE ?

Le contrat responsable a été instauré par le gouvernement afin de responsabiliser les patients, leur complémentaire santé et les différents praticiens. Il consiste à inciter les patients à respecter le parcours de soins coordonnés afin d'être mieux remboursés.

- La Loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie a procédé à une réforme en profondeur de l'Assurance maladie. Ainsi, elle a organisé le parcours de soins coordonnés autour du médecin traitant et responsabilisé le patient en instaurant des franchises et une contribution forfaitaire de 1 €. Elle a également créé la notion de « contrat responsable ».
- La loi de financement de la Sécurité sociale de 2014 a reconfiguré le « contrat responsable » en posant trois grands principes :
  - l'élargissement du champ des prestations couvertes par le contrat responsable ;
  - l'introduction de niveaux minimum et maximum de prise en charge notamment en cas de dépassements d'honoraires ;
  - l'introduction de conditions permettant de renforcer la mutualisation des risques couverts.

Le décret du 18 novembre 2014 est venu compléter ce dispositif en définissant le nouveau cahier des charges des contrats responsables.

QU'EST-CE QU'UN CONTRAT SOLIDAIRE ?

Depuis 2002, il existe des contrats dits « solidaires ». Un contrat est solidaire lorsqu'il n'y a pas de sélection médicale lors de la souscription et lorsque le tarif n'évolue pas en fonction de l'état de santé de la personne.

QUEL EST LE NOUVEAU CAHIER DES CHARGES DES CONTRATS RESPONSABLES ?

Jusqu'à présent, la notion de contrat responsable se limitait au respect de remboursements minimum sur certaines prestations et à l'interdiction de prise en charge de certaines franchises ou majorations.
Désormais, le contrat responsable se caractérise par une prise en charge minimale d'un ensemble de prestations, élargie par rapport à la version précédente, mais aussi par l'instauration de plafonds de remboursement en vue de limiter les dépassements d'honoraires et les tarifs en optique.

Pour continuer à bénéficier de l'exonération des cotisations sociales sur la part employeur et de la déductibilité fiscale de la part salariale, les entreprises devront donc mettre en conformité leur régime de santé collectif à adhésion obligatoire avec le nouveau cahier des charges des contrats responsables.
La nouvelle réglementation joue plus que jamais sur le plafonnement des remboursements. Les dépassements d'honoraires des médecins qui n'ont pas signé les Contrats d'Accès aux Soins (CAS) ne seront ainsi remboursés qu'à hauteur de 200 % maximum de la BRSS. En revanche, la prise en charge sera supérieure si le médecin a conclu un CAS. L'encadrement des garanties vise également l'optique. Le plafond de remboursement est fixé à 470 euros pour une paire de lunettes à verres simples, 750 euros pour des verres complexes et jusqu'à 850 euros pour un équipement avec des verres complexes à forte correction. La prise en charge des montures reste limitée à 150 euros.

À NOTER

› Il n'y a pas de plafonnement des remboursements pour les frais dentaires.

À NOTER

› Le projet de loi relatif à la santé qui sera débattu début 2015 refonde le dispositif du dossier médical personnel.

EXISTE-T-IL D'AUTRES DISPOSITIONS DU DÉCRET DU 18 NOVEMBRE 2014 QUI MÉRITENT D'ÊTRE SOULIGNÉES ?

S'agissant des autres dispositions du décret du 18 novembre dernier qui méritent d'être soulignées :

1/ **à l'article R.871-1 du code de la Sécurité sociale relatif aux interdictions de prise en charge du contrat responsable, a été ajoutée la majoration de TM en cas de non respect du dispositif de dossier médical personnel**
(la référence à l'article 161-36-2 du code de la Sécurité sociale qui a été abrogé en 2009 a été remplacée par l'article L.1111-15 du code de santé publique qui fait référence audit dossier médical) ;

2/ est créé auprès du ministre chargé de la santé et de la Sécurité sociale un Observatoire des prix et de la prise en charge en optique médicale chargé d'analyser les prix de vente des équipements d'optique et leur niveau de couverture par les contrats complémentaires en santé. Cet observatoire remet, au plus tard le 30 juin de chaque année, au ministre chargé de la santé et de la Sécurité sociale, un rapport sur l'évolution de ces pratiques et comprend entre autres des représentants des organismes d'assurance maladie complémentaire.
Un arrêté doit fixer sa composition et ses règles de fonctionnement.
Le premier rapport de l'observatoire sera remis au plus tard le 30 juin 2016 ;

3/ la prise en charge des deux prestations de prévention mentionnées à l'arrêté du 8 juin 2006 n'a pas été reprise dans le nouveau cahier des charges du contrat responsable.

QUEL EST LE CALENDRIER DE MISE EN CONFORMITÉ DES CONTRATS RESPONSABLES ?

09 Août 2014

La loi de financement rectificative de la Sécurité sociale du 08 août 2014, publiée au JO le 09 août 2014, a décalé la date d'entrée en vigueur du nouveau cahier des charges des contrats de santé responsables initialement prévue au 01 janvier 2015 par l'art. 56 de la LFSS 2014 au 01 avril 2015 (art. 14 LFRSS 2014).

19 Novembre 2014

Le décret du 18 novembre 2014 paru au JO le 19 novembre 2014 définissant le nouveau cahier des charges des contrats responsables a confirmé le décalage de la prise d'effet au 01 avril 2015.

1er avril 2015

Date d'entrée en vigueur du décret du 19 novembre 2014 pour tous les contrats, les bulletins d'adhésions ou les règlements conclus, souscrits ou renouvelés à compter de cette date. Ainsi un contrat souscrit avant le 01 avril 2015 devra se mettre en conformité au moment du 1er renouvellement intervenant postérieurement au 01 avril 2015, soit dans la majorité des cas, au 01 janvier 2016.

Période transitoire

Par ailleurs, cette LFRSS du 9 août 2014 a prévu une période transitoire jusqu'au 31 décembre 2017 pour les régimes collectifs à adhésion obligatoire (art. L911-1 CSS) conclus avant sa parution soit avant le 09 août 2014.
Pour ces régimes, la circulaire de la DSS du 30 janvier 2015 admet que si des modifications ont été apportées avant la publication du décret d'application, soit avant le 19 novembre 2014, le bénéfice de la période transitoire n'est pas remis en cause.

Points de vigilance concernant cette période transitoire :

- les contrats pouvant bénéficier de la période transitoire devront se mettre en conformité avec le décret en cas de modification de l'accord collectif, du référendum ou de la DUE ayant mis en place le régime ;
- sachant que les régimes de santé devront être mis en conformité avec le contenu du décret du 08 septembre 2014 sur le panier minimal de soins au plus tard au 1er janvier 2016, la date du 31 décembre 2017 est théorique.

	DÉFINITION DU PANIER MINIMUM DE SOIN ANI (Décret 08 septembre 2014)	DÉFINITION DU CONTRAT RESPONSABLE (Décret 18 novembre 2014)	
	PANIER MINIMUM DE SOIN ANI	PLANCHER MINIMUM DE PRISE EN CHARGE	PLANCHER MAXIMUM DE PRISE EN CHARGE
Soins de ville	100% TM(1) (à l'exception des médicaments à SMR modéré, à SMR faible, les spécialités homéopathiques, les soins thermaux et à l'exclusion de la majoration du TM pour non respect du parcours de soins, des participations forfaitaires et franchises médicales)	100% TM(1) (à l'exception des médicaments à SMR(5) modéré, à SMR faible, les spécialités homéopathiques, les soins thermaux et à l'exclusion de la majoration du TM pour non respect du parcours de soins, des participations forfaitaires et franchises médicales)	Médecins hors CAS(2) : 225% (2015 et 2016) 200% (à partir de 2017) - minoration de 20% minimum BR(3) par rapport au remboursement appliqué médecin CAS
			Médecin CAS : pas de plafonnement (majoration de 20% minimum de la BR par rapport à la prise en charge du médecin hors CAS)
Hospitalisation	Frais d'hospitalisation 100% TM	Frais d'hospitalisation 100% TM	
	Forfait journalier hospitalier : 100% sans limitation de durée	Forfait journalier hospitalier : 100% sans limitation de durée	
			Médecins hors CAS : 225% (2015 et 2016) 200% (à partir de 2017) - minoration de 20% minimum de la BR par rapport au remboursement appliqué médecin CAS
			Médecin CAS : pas de plafonnement (majoration de 20% BR par rapport à la prise en charge du médecin hors CAS)
Pharmacie	100% TM médicaments pris en charge par la Sécurité sociale à hauteur de 65%	100% TM médicaments pris en charge par la Sécurité sociale à hauteur de 65%	
Dentaire (prothèses et orthodontie remboursées)	125% TM	100% TM	Pas de plafond
Optique	Limité à un équipement (2 verres + 1 monture) tous les deux ans (sauf mineurs ou évolution de la vue)	Limité à un équipement (2 verres + 1 monture) tous les deux ans (sauf mineurs ou évolution de la vue)	
Monture	-	-	150€ intégrés au forfait (cf. ci-dessous)
Équipement 2 verres unifocaux simples	RRO(4) + 100€	RRO(4) + 100€	RRO + 470€
Équipement verre unifocal simple + verre unifocal forte correction ou verre multifocal/ progressif simple	RRO + 150€	RRO + 150€	RRO + 610€
Équipement 2 verres parmi unifocaux fortes corrections ou multifocaux/progressifs simples	RRO + 200€	RRO + 200€	RRO + 750€
Equipement verre unifocal simple + verre multifocal/progressif forte correction	-	RRO + 150€	RRO + 660€
Équipement verre parmi unifocal forte correction ou multifocal/ progressif simple + verre multifocal/progressif forte correction	-	RRO + 200€	RRO + 800€
Équipement 2 verres multifocaux/ progressifs fortes corrections	-	RRO + 200€	RRO + 850€

(1) TM : Ticket modérateur / (2) CAS : Contrat d'accès aux soins / (3) BR : Base de remboursement / (4) RRO : Remboursement régime obligatoire / (5) SMR : Service Médical Rendu

TABLEAU DE SYNTHÈSE DU PANIER MINIMUM DE SOINS DU CONTRAT COMPLÉMENTAIRE DE FRAIS DE SANTÉ COLLECTIF À ADHÉSION OBLIGATOIRE ET RESPONSABLE

Les contrats complémentaires santé, devant répondre au panier minimal de soins, doivent également répondre au nouveau cahier des charges des contrats responsables : les 2 obligations deviennent donc associées dès le 01 avril 2015, date d'entrée en vigueur du nouveau cahier des charges des contrats responsables pour les nouvelles adhésions.

DÉFINITION DU PANIER MINIMUM DE SOINS EN FRAIS DE SANTÉ

(Décrets du 08 septembre 2014 et 18 novembre 2014)

	PLANCHER MINIMUM DE PRISE EN CHARGE	PLANCHER MAXIMUM DE PRISE EN CHARGE
Soins de ville	100% TM(1) (à l'exception des médicaments à SMR(5) modéré, à SMR faible, les spécialités homéopathiques, les soins thermaux et à l'exclusion de la majoration du TM pour non respect du parcours de soins, des participations forfaitaires et franchises médicales)	Médecins hors CAS(2) : 225% (2015 et 2016) 200% (à partir de 2017) - minoration de 20% minimum BR(3) par rapport au remboursement appliqué médecin CAS
		Médecin CAS : pas de plafonnement (majoration de 20% minimum de la BR par rapport à la prise en charge du médecin hors CAS)
Hospitalisation	Frais d'hospitalisation 100% TM	
	Forfait journalier hospitalier : 100% sans limitation de durée	
		Médecins hors CAS : 225% (2015 et 2016) 200% (à partir de 2017) - minoration de 20% minimum de la BR par rapport au remboursement appliqué médecin CAS
		Médecin CAS : pas de plafonnement (majoration de 20% BR par rapport à la prise en charge du médecin hors CAS)
Pharmacie	100% TM médicaments pris en charge par la Sécurité sociale à hauteur de 65%	
Dentaire (prothèses et orthodontie remboursées)	125% TM	Pas de plafond
Optique	Limité à un équipement (2 verres + 1 monture) tous les deux ans (sauf mineurs ou évolution de la vue)	
Monture	-	150€ intégrés au forfait (cf. ci-dessous)
Équipement 2 verres unifocaux simples	RRO(4) + 100€	RRO + 470€
Équipement verre unifocal simple + verre unifocal forte correction ou verre multifocal/ progressif simple	RRO + 150€	RRO + 610€
Équipement 2 verres parmi unifocaux fortes corrections ou multifocaux/progressifs simples	RRO + 200€	RRO + 750€
Equipement verre unifocal simple + verre multifocal/progressif forte correction	RRO + 150€	RRO + 660€
Équipement verre parmi unifocal forte correction ou multifocal/progressif simple + verre multifocal/progressif forte correction	RRO + 200€	RRO + 800€
Équipement 2 verres multifocaux/progressifs fortes corrections	RRO + 200€	RRO + 850€

(1) TM : Ticket modérateur / (2) CAS : Contrat d'accès aux soins / (3) BR : Base de remboursement / (4) RRO : Remboursement régime obligatoire / (5) SMR : Service Médical Rendu

À NOTER

› Pour vérifier si votre médecin est adhérent au CAS ou hors CAS : www.ameli-direct.fr

QU'EST CE QUE LE CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS (CAS) ?

Le contrat d'accès aux soins a été mis en place par l'avenant n° 8 à la convention médicale publié au Journal officiel du 6 décembre 2012.
En signant le contrat d'accès aux soins, le médecin contribue à améliorer la prise en charge de ses patients.
Pendant la durée de son adhésion au contrat, il s'engage :

- à maintenir sa pratique tarifaire (par rapport à 2012) ;
- à stabiliser son taux moyen de dépassement d'honoraires observé en 2012, recalculé sur la base des tarifs opposables et des majorations applicables aux médecins exerçant en secteur 1 ;
- à réaliser une part de ses actes à tarif opposable (c'est-à-dire sans dépassement) au moins égale à celle constatée en 2012.

Il bénéficie, pour cela, des tarifs de remboursement et des rémunérations forfaitaires applicables au secteur 1 et de la prise en charge d'une partie de ses cotisations sociales.

POURQUOI SOUSCRIRE UN CONTRAT RESPONSABLE ?

Seuls les contrats de santé responsables bénéficient :

- des exonérations de cotisations sociales sur la part patronale des cotisations finançant un régime de santé et de la déductibilité fiscale de la part salariale (limites sociales et fiscales régimes de prévoyance complémentaire souscrits dans le cadre de l'art. 83 du CGI) ;
- de la déductibilité fiscale des cotisations dans le cadre de la fiscalité « Madelin » (art. 154 bis du CGI) ;
- du taux réduit à 7 % de la taxe sur les conventions d'assurance (TSCA) au lieu du taux normal passé de 9 à 14 % depuis le 01/01/2014.

À NOTER

› Les dispenses d'adhésions doivent relever du libre choix du salarié, ce qui implique que chaque dispense résulte d'une demande explicite du salarié, que l'employeur devra être en mesure de produire en cas de contrôle,
› Le décret du 08/07/2014 a précisé que l'employeur doit informer le salarié des conséquences de son choix.

QU'EN EST-IL DES CAS DE DISPENSES D'AFFILIATION EN PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE ?

Le décret du 08/07/2014 sur catégories objectives pour régimes de PSC est venu confirmer les cas de dispenses d'affiliation reprenant en grande partie les cas de dispenses déjà énoncés dans le décret du 09/01/2012 et la circulaire sociale du 25/09/2013.
Le décret du 08/09/2014 sur le panier minimal de soin a repris les cas de dispenses du décret du 08/07/2014 pour régimes de PSC, par conséquent, dans le cadre de la généralisation de la complémentaire santé prévue au plus tard pour le 01/01/2016, les salariés pourront, s'ils le souhaitent, utiliser les cas de dispenses énoncés ci-dessus si ceux-ci sont indiqués dans l'acte juridique mettant en place le régime.

Les cas de dispenses sont résumés dans le tableau de synthèse ci-dessous :

		QUEL QUE SOIT LE MODE DE MISE EN PLACE	DUE
1	Salariés présents lors de la mise en place		●
2	CDD ou **contrat de mission** et apprentis supérieur ou égal à 12 mois*	●	
3	CDD **ou contrat de mission** et apprentis inférieur à 12 mois	●	
4	Salariés à temps partiel et apprentis dont l'affiliation au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute	●	
5	Salariés bénéficiaires de la CMUC, ou de l'ACS *	●	
6	Salariés bénéficiaires d'un contrat d'assurance santé individuel lors de la mise en place des garanties ou de l'embauche	●	
7	Salariés bénéficiant y compris en tant qu'ayants droit d'une couverture collective relevant d'un des dispositifs de prévoyance complémentaire conforme à l'un de ceux fixés par l'arrêté du 26 mars 2012 *	●	

- Contrat de mission = salariés intérimaires
- **Le 1er cas de dispense** ne vaut que pour les salariés présents à la mise en place du régime si ce régime est mis en place par DUE avec une part salariale (art. 11 de la loi Évin). Pour ce 1er cas de dispense, il pourra être admis, pour l'application des

À NOTER

› Le cas de dispense 1 est le seul à fonctionner quand bien même il n'est pas indiqué dans la DUE

règles d'exemption d'assiette, qu'il concerne également les DUE qui modifient un dispositif préexistant, lorsque cette modification consiste en une remise en cause du financement intégral du dispositif par l'employeur.

- **Pour les cas de dispenses de 2 à 7**, les dispenses d'affiliation s'appliquent quelle que soit la date d'embauche des salariés concernés.
- **Pour les cas de dispense signalés par ***, le salarié concerné doit justifier chaque année par écrit d'une couverture souscrite par ailleurs.
- **Pour le 5e cas, la dispense**, qui doit être justifiée par tout document utile, peut jouer jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture (CMU.C) ou de cette aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).
- **Pour le 6e cas**, la dispense d'affiliation est effective jusqu'à échéance du contrat individuel et les salariés concernés doivent fournir l'attestation d'assurance avec mention de l'échéance.

POUR LES COUPLES TRAVAILLANT DANS LA MÊME ENTREPRISE

› Si la couverture de l'ayant droit est obligatoire, l'un des deux membres du couple doit être affilié en propre, l'autre pouvant l'être en tant qu'ayant droit.
› Si la couverture de l'ayant droit est facultative, les salariés ont le choix de s'affilier ensemble ou séparément.
Dans les deux cas, le caractère obligatoire n'est pas remis en cause et les contributions versées par l'employeur, soit pour le couple, soit pour chacun des membres du couple, bénéficient de l'exclusion d'assiette.

Rappel des dispositifs de prévoyance concernés par le cas de dispense n° 7 selon l'arrêté du 26/03/2012 :

- Régime de prévoyance complémentaire collectif obligatoire ;
- Régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ;
- Régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières ;
- Régime de prévoyance de la Fonction publique d'État issu du décret n°2007-1373 du 19 septembre 2007 ;
- Régime de prévoyance de la Fonction publique territoriale issu du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 ;
- Contrat d'assurance de groupe « Madelin » issu de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 ;
- Régime spécial de Sécurité sociale des gens de mer (ENIM) ;
- Caisse de prévoyance et de retraite des personnels de la SNCF.

Remarque :
Les deux derniers cas ont été ajoutés par la circulaire sociale du 25/09/2013.

CAS PARTICULIERS DES CCN

› Dans un certain nombre de CCN, les partenaires sociaux peuvent décider de mettre en place des cas de dispense d'affiliation spécifiques qui s'appliqueront alors aux salariés des entreprises de la branche.

QUELLES SONT LES MODALITÉS PRATIQUES DE DEMANDE DE DISPENSE ?

Quel que que soit le mode de mise en place de la couverture santé (accords collectifs de branche ou d'entreprise, référendum ou DUE), il appartient au salarié de solliciter le bénéfice d'une dispense d'affiliation. Elles ne peuvent donc pas être imposées à un salarié qui souhaiterait être couvert et qui entre dans le champ d'application de l'accord.
En outre, les salariés qui souhaitent bénéficier de la dispense doivent en faire la demande explicitement et l'employeur doit être en mesure de produire ces demandes, sous peine de remettre en cause le caractère obligatoire du régime et de mettre en péril le bénéfice des exonérations sociales.
Les demandes de dispense des salariés devront donc être formalisées par écrit et faire référence expressément à la nature des garanties en cause auxquelles ils renoncent.
En revanche, l'employeur a une obligation d'informer le salarié des risques encourus à ne pas adhérer (décret du 08/07/2014).

ATTENTION

› La modification du régime frais de santé du fait de la suppression de ladite clause d'ancienneté mettra fin au bénéfice de la période transitoire prévue pour se mettre en conformité avec le nouveau cahier des charges du contrat responsable.

QU'EN EST-IL DE LA CLAUSE D'ANCIENNETÉ DE 6 MOIS POUR ACCÉDER AU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ ?

La condition d'ancienneté de 6 mois pour accéder au régime frais de santé est admise par l'article R.242-1-2 du code de la Sécurité sociale qui définit les catégories objectives permettant aux contributions patronales finançant les régimes de prévoyance collectifs et obligatoires de bénéficier des exonérations sociales ; cette tolérance n'a pas été inscrite dans l'article L911-7 du code de la Sécurité sociale qui impose la généralisation d'une couverture collective et obligatoire minimale de frais de santé à tous les salariés des entreprises, en ne prévoyant que la possibilité de cas de dispense à l'initiative de ces salariés.
En conséquence, l'ancienneté de 6 mois resterait admise pour le bénéfice des exonérations sociales mais elle ne le serait plus au regard de l'article L911-7 cité ci-dessus qui impose la généralisation d'une couverture obligatoire minimale en frais de santé. Le risque serait donc surtout au niveau prud'homal.

Il existe donc un paradoxe entre les textes qui n'a pas été réglé, ni par le décret n°2014-786 du 8 juillet 2014 modifiant le décret n°2012-25 du 9 janvier 2012, ni par le décret n°2014-1025 du 8 septembre 2014 relatif au panier minimal de soins.
Par ailleurs, la prise en charge obligatoire du TM pour les soins de ville et d'hospitalisation pour les contrats responsables impose que le bénéfice de ces garanties soit ouvert pendant toute la durée du contrat, ce qui renforce l'analyse selon laquelle aucun délai de carence ni d'ancienneté puisse être prévu.
Ainsi, afin d'éviter tout litige, il nous semble préférable de conseiller aux entreprises de ne pas prévoir de condition d'ancienneté lors de la mise en place de leur régime de frais de santé ou de la supprimer (au plus tard au 1er janvier 2016) si le régime est déjà en cours.

QU'EN EST-IL DES EXONÉRATIONS SOCIALES ET FISCALES DES CONTRIBUTIONS PATRONALES ET SALARIALES DES CONTRATS DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ COLLECTIFS ET OBLIGATOIRES ?

Les exonérations sociales ont été maintenues par la LFSS 2014, par contre l'article 4 de la loi de Finances pour 2014 a supprimé l'exonération d'impôt applicable à la participation de l'employeur aux contrats de complémentaire santé collectifs et obligatoires. Les cotisations du salarié restent donc déductibles de son revenu imposable, de même que les contributions de l'employeur et du salarié versées dans le cadre des régimes complémentaires couvrant l'incapacité de travail, l'invalidité et le décès. Les cotisations patronales finançant un régime frais de santé seront donc ajoutées à la rémunération du salarié.
L'administration fiscale a précisé le 4 février 2014 que la perte d'exonération fiscale sur les régimes collectifs de santé vaut également pour la part éventuellement financée par le Comité d'entreprise.

Tableau comparatif avant et après la loi de finances pour 2014*

AVANT LA LOI DE FINANCES 2014	APRÈS LA LOI DE FINANCES 2014
Seuil Fiscal mensuel	Seuil Fiscal mensuel
7%* PMSS + 3%* brut dans la limite de 3% de 8 PMSS	5%* PMSS + 2%* brut dans la limite de 2% de 8 PMSS
Cotisations prises en compte	Cotisations prises en compte
Total des cotisation patronales et salariales	Total des cotisation patronales et salariales

* Sources Éditions Francis Lefebvre comparatif établi sur la base des données disponibles en janvier 2014)

Point de vigilance :

- dans leur publication du 04/02/2014, les services fiscaux ont précisé que la rémunération brute servant à déterminer l'assiette de calcul des limites fiscales des régimes de prévoyance complémentaire et de retraite supplémentaire doit s'entendre de la rémunération brute avant déduction de la part salariale des cotisations nouvelles mais à laquelle il convient d'ajouter les cotisations patronales finançant un régime de santé ;
- l'URSAFF a par contre confirmé, dans une publication du 04/06/2014 que la rémunération brute servant d'assiette de calcul aux limites sociales aux régimes de protection sociale complémentaire reste inchangée.

Par conséquent, le revenu brut pris en compte par l'administration fiscale pour le calcul des limites fiscales est différent du revenu brut pris en compte pour le calcul des limites sociales par l'administration sociale depuis le 01/01/2013.

QU'EN EST-IL DU DÉCRET SUR L'ACS, AIDE À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ?

Le décret sur la nouvelle procédure de sélection des contrats ouvrant droit à l'aide à la complémentaire santé est paru, le jeudi 9 octobre 2014, au Journal officiel, près de dix mois après le vote de la réforme dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2014. Mais c'est un autre texte qui devrait préciser prochainement le nombre d'organismes d'assurance et d'offres qui seront retenus. Le décret précise aussi les paniers de soins minima, notamment en optique.

Le décret établit les **conditions de sélection** des contrats éligibles à cette aide. En sachant que ceux-ci bénéficieront d'un crédit d'impôt, un avis d'appel à la concurrence est prévu, dans lequel seront précisées les conditions d'éligibilité et de recevabilité des candidatures, et le cahier des charges qui fixe les critères de notation des offres et les prestations prévues. On y trouvera **trois niveaux de garanties** minima : A, B et C, que les organismes devront proposer à un prix abordable.
Le contrat A ne présente pas de garanties minimales en optique, mais un forfait annuel de 100 € pour les frais de lentilles (non pas prévu dans le panier soins de l'ANI). Les prothèses dentaires seront remboursées à 125 % du tarif de la Sécurité sociale, sauf pour les contrats B et C où les remboursements s'élèvent à 225 % et 300 % du tarif de la Sécurité sociale. Une particularité, le **contrat C** rembourse 450 € par prothèse auditive, ce qui n'est pas prévu dans le A, le B et le panier minima de l'ANI.

L'ACS, L'ANI ET LE CONTRAT RESPONSABLE SONT-ILS COMPATIBLES ?

Les paniers de soins minima sont différents pour les trois types de contrats ce qui risque de générer des **difficultés de gestion** pour les organismes complémentaires qui se positionnent à la fois sur les contrats collectifs en entreprise, les contrats ACS et les contrats responsables. Une des premières dispositions du décret est d'**éviter les ruptures de couverture** pour les assurés qui seraient amenés à changer de contrat, notamment pendant la mise en place de la généralisation de la complémentaire santé à tous les salariés.
De plus, les bénéficiaires de cette aide à la souscription d'une complémentaire santé pourront garder le bénéfice du droit s'ils ne l'utilisent pas entièrement, pour souscrire un nouveau contrat.
Certains points restent en suspens, comme le **nombre d'opérateurs et d'offres sélectionnées**, mais cela se résoudra peut-être une fois l'appel à la concurrence lancé pour les institutions de prévoyance, sociétés d'assurances et mutuelles (les courtiers sont exclus). Les contrats éligibles seront choisis par une commission, et un arrêté listera les ayants droits au crédit d'impôt pour cinq ans. Les dispositions s'appliqueront aux contrats conclus à partir du 1er juillet 2015.

QU'EST-CE QUE LA PROCÉDURE DE MISE EN CONCURRENCE ?

Le décret du 8 janvier 2015 précise les contours de la procédure de mise en concurrence. Elle est obligatoire pour tout accord recommandant un ou plusieurs organismes dans le cadre de la mise en place ou du réexamen d'un régime complémentaire de prévoyance ou de santé.

- Mise en place d'une commission : les partenaires sociaux de la branche peuvent mettre en place une commission paritaire spéciale composée d'au moins 4 personnes.
- L'avis d'appel à la concurrence : les conditions de recevabilité des candidatures, les conditions d'éligibilité des opérateurs candidats, les critères d'évaluation des offres, le nombre maximum d'organismes qu'il est prévu de recommander, la publication d'un avis d'appel à la concurrence.
- Un cahier des charges de l'appel d'offre précis : les garanties souhaitées, les services attendus, la durée maximale de la clause de recommandation, l'assiette et la structure des cotisations, les objectifs de sécurité et de qualité recherchés, le mode de tarification souhaité ainsi que le mode de révision de la tarification, les modalités d'organisation et de financement des éléments de solidarité, les modalités de suivi du régime en cours de contrat, les obligations d'information aux entreprises et aux salariés incombant aux organismes recommandés et les conditions de réexamen périodique de la clause de recommandation.
- Les modalités de choix des candidats et conditions d'irrecevabilité.
- Les garanties d'impartialité des procédures.
- La prévention des conflits d'intérêt.

QU'ENTEND-ON PAR DEGRÉ DE SOLIDARITÉ ?

Le décret du 11 décembre 2014 précise les garanties et prestations présentant un degré élevé de solidarité. Le degré élevé de solidarité s'exprime par la mise en place de prestations et de garanties spécifiques. La mise en place de ces prestations ou garanties reste facultative pour tous les accords de branche sauf si l'accord prévoit une clause de recommandation. Dans ce cas là, elle devient obligatoire.

- Les catégories de salariés pouvant bénéficier d'une prise en charge totale ou partielle des cotisations sous certaines conditions.
- La mise en place d'actions en prévention santé ou en matière de risques professionnels : formations, réunions d'information, outils pédagogiques intégrant des thématiques de prévention santé.
- La prise en charge de prestations d'action sociale : relatives à la perte d'autonomie ou en faveur d'enfants handicapés ayants droit, ou d'aidants familiaux...
- Les modalités de financement : la part de financement du degré élevé de solidarité est au minimum de 2 % de la cotisation ou de la prime.
- Les modalités de gestion : la commission paritaire organise librement l'orientation des actions et des garanties, en fixe les règles de fonctionnement et assure le contrôle de la mise en œuvre auprès des organismes recommandés.

QUEL EST LE CALENDRIER DE MISE EN PLACE ?

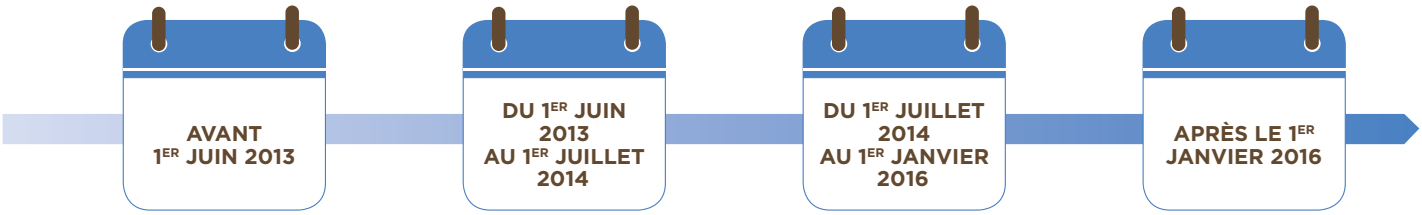
La généralisation de la couverture complémentaire santé à l'ensemble des salariés a été organisée en trois étapes combinant la négociation de branche, la négociation d'entreprise et la décision unilatérale de l'employeur.

- De la date d'effet de l'accord au 1er juillet 2014, les branches devaient engager des négociations et tenter de conclure un accord de branche pour les salariés ne bénéficiant pas au niveau de leur branche ou de leur entreprise d'une couverture collective obligatoire minimale avec une participation minimale de l'employeur de 50%. Le recours ou non à un organisme assureur doit être recommandé et non plus désigné.

- Du 1er juillet 2014 au 1er janvier 2016, en cas de signature d'un accord de branche au 30 juin 2014, les entreprises ont 18 mois au plus, soit jusqu'au 1er janvier 2016, pour se mettre en conformité avec les nouvelles obligations conventionnelles mises en place au niveau de la branche.

- Parallèlement, les entreprises, dotées d'un délégué syndical, qui appartiennent à des branches qui n'ont pas conclu au 1er juillet 2014, peuvent, dans le cadre de la négociation annuelle obligatoire, conclure des accords d'entreprise destinés à mettre en place des couvertures santé prévoyant une couverture complémentaire santé collective et obligatoire.

- À compter du 1er janvier 2016, dans le cas où les négociations de branche, puis d'entreprise, n'auraient pas abouti à la conclusion d'un accord, la loi prévoit qu'une couverture collective frais de santé minimale, collective et obligatoire, devra avoir été mise en place par décision unilatérale de l'employeur (DUE). Les salariés concernés seront informés de cette décision.



Négociations à ouvrir au niveau des branches

Signature de l'accord et transposition dans la loi

Négociations au niveau de la branche

À défaut d'accord de branche avant le 1er juillet 2014, ouverture des négociations au niveau de l'entreprise

À défaut d'accord d'entreprise, obligation de mise en place de la couverture santé collective standard au 1er janvier 2016 par DUE avec une part minimale employeur de 50 %

QUELS SONT LES POINTS DE VIGILANCE EN CAS DE NÉGOCIATION D'UN ACCORD PAR LES ORGANISATIONS SYNDICALES LIÉES PAR UNE CONVENTION DE BRANCHE OU PAR DES ACCORDS D'ENTREPRISE ?

Les entreprises déjà couvertes par un régime frais de santé, soit par accord de branche, soit par accord d'entreprise ou par référendum, doivent également ouvrir des négociations dès lors que la part patronale est inférieure à 50 % de la cotisation totale ou que chacune des garanties est moins favorable que le panier minimal de soins prévu par la loi.

QUELS SONT LES POINTS DE VIGILANCE POUR LA MISE EN PLACE PAR UNE DÉCISION UNILATÉRALE DE L'EMPLOYEUR D'UNE COUVERTURE SANTÉ ?

Les entreprises qui ont déjà mis en place un contrat à adhésion obligatoire doivent vérifier que leur niveau de garanties est au moins équivalent au socle minimal prévu par la loi et avec une part employeur au moins égale à 50 %, et le cas échéant, aux dispositions des CCN dont elles relèvent.

COMMENT CHOISIR UN ORGANISME ASSUREUR ?

L'art. 14 de la Loi de financement de la Sécurité sociale 2014 prévoit la possibilité pour les partenaires sociaux, de pouvoir recommander un ou plusieurs organismes de prévoyance dans des conditions qui seront fixées par décret si les garanties collectives proposées présentent un degré élevé de solidarité, ce qui signifie l'application d'un tarif unique et de garanties identiques pour toutes les entreprises et pour tous les salariés concernés.
Cette solidarité pourra englober, au-delà des prestations versées en contrepartie d'une cotisation, des prestations pouvant notamment prendre la forme d'une prise en charge gratuite de la cotisation pour certains salariés, d'une politique de prévention ou de prestations d'action sociale.
Pour la forme de recommandation, le contenu de l'amendement mentionne qu'elle doit être précédée d'une procédure de mise en concurrence des organismes concernés, dans des conditions de transparence, d'impartialité et d'égalité de traitement entre les candidats et selon des modalités prévues par décret.
La possibilité de prévoir des clauses de recommandation telles que prévues ci-dessus s'appliquera aux accords professionnels ou interprofessionnels conclus à compter du 01/01/2014 (sous réserve de la parution du décret devant fixer les conditions d'application).

Remarque :
Cette mesure qui avait fait l'objet d'un recours devant le Conseil constitutionnel a été validée par celui-ci le 19/12/2013.

QUELS SONT LES CRITÈRES POUR BIEN CHOISIR UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ COLLECTIVE ?

Les principaux critères sont l'adéquation entre le niveau de garanties et les besoins des salariés, le rapport entre le niveau de garanties et le tarif, la qualité de la gestion et de la relation client et les services associés (par exemple une carte de tiers payant sur Smartphone, la géolocalisation des professionnels de santé, l'assistance, la prévention…)

SI UN SALARIÉ NE S'ESTIME PAS SUFFISAMMENT COUVERT PAR LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DE SON ENTREPRISE, QUE PEUT-IL FAIRE ?

Le salarié aura la possibilité de souscrire une sur-complémentaire individuelle plus adaptée à ses besoins en complément de son contrat collectif.

CÔTÉ INTERVIEW

Par **Éric FRIESS**,
Responsable des relations avec les Conseils AG2R LA MONDIALE

Comment envisagez-vous de travailler avec les experts-comptables, principaux Conseils des chefs d'entreprise ?
Les experts-comptables sont des partenaires du groupe depuis de nombreuses années avec lesquels nous collaborons sur le volet protection sociale des dirigeants. Nous souhaitons renforcer ces partenariats sur le volet collectif de la protection sociale et ainsi les faire bénéficier de notre expertise dans le domaine de la santé et la prévoyance (pour mieux répondre au devoir de conseil vis-à-vis de leurs clients).

Que proposez-vous comme outils et méthode pour les accompagner ?
Nous avons mis en place une méthode d'accompagnement en santé, structurante et complète. Elle doit permettre à nos partenaires conseils, de bien mesurer leur niveau de responsabilité ainsi que les risques à ne pas conseiller la mise en place d'un contrat santé chez leur client.

Cet accompagnement va aussi leur permettre d'appréhender la complexité du sujet en matière de réglementation, de mise en place de régime, de choix et de comparaisons de garanties, de cas de dispenses d'affiliation, de modifications sur les feuilles de paie et de modifications fiscales et sociales sur les régimes collectifs…

Pour garantir la réussite de ce projet, ils doivent donc mesurer l'intérêt d'être accompagné par un spécialiste de la protection sociale, face à une législation en perpétuelle évolution, afin de leur permettre de prendre les bonnes décisions et de leur faire gagner du temps dans la mise en place de ce nouveau dispositif chez leurs clients.

Enfin, ils doivent être en mesure de pouvoir informer leurs clients finaux, que sont les chefs d'entreprise, de leur responsabilité « d'engagement » en tant que dirigeants. Ils doivent leur faire comprendre l'intérêt d'étudier une offre qui irait au-delà du minimum réglementaire ce qui « prouvera » leur volonté de prendre en considération cet enjeu, qu'est la couverture santé complémentaire, en tant qu'outil de fidélisation et de satisfaction de leurs collaborateurs au bénéfice final de leur bien-être et de la productivité de l'entreprise.

Quel conseil donneriez-vous à vos partenaires experts-comptables à quelques mois de la date butoir ?
Concernant le sujet de la généralisation de la complémentaire santé, les experts-comptables doivent anticiper la réflexion pour transformer, ce qui peut être considéré comme une contrainte, en opportunité. Ils doivent aussi anticiper cette réflexion car le sujet est complexe. Il faut structurer l'offre (panier minimum, contrat responsable…), comparer les garanties, gérer les cas de dispense et les feuilles de paie…
Enfin, la réglementation évoluant continuellement… il y a régulièrement des modifications fiscales et sociales sur les régimes collectifs.

Ils doivent donc, dès à présent, mettre en place avec les organismes d'assurance les moyens pour aider les entreprises à s'organiser face à cette obligation légale.
Enfin, je dirais que les cabinets doivent en profiter pour développer une mission sur laquelle ils vont être de plus en plus sollicités par leurs clients.

Par **Rémy LONGUEVILLE**,
Responsable partenariats
AG2R LA MONDIALE

http://www.ani-compatible.ag2rlamondiale.fr/

Nous venons d'évoquer un outil qui permet aux experts-comptables d'analyser la conformité de leurs clients par rapport à cette Loi qui généralise la complémentaire santé.

Pourriez-vous nous en dire plus ?

Pour nos partenaires qui souhaitent accompagner, dès à présent, leurs clients dans la mise en conformité ou la mise en place d'un contrat en frais de santé, nous avons conçu un outil de simulation (*), en co-création avec des experts-comptables, pour leur permettre d'avoir une vision de leur portefeuille clients vis-à-vis de l'ANI et d'identifier simplement ceux qui sont en conformité avec la loi et ceux qui ne le sont pas.

Le principe de l'outil est simple : en fonction de la Convention collective, des contrats en frais de santé déjà en place, du niveau de garanties et des collèges bénéficiaires du contrat, ce simulateur permet rapidement de classer les entreprises clientes selon 3 critères :

1/ L'entreprise est conforme avec les dispositions de la loi.

2/ L'entreprise possède un contrat en frais de santé qui semble répondre à l'obligation légale mais une vérification s'impose.

3/ L'entreprise n'a pas mis en place de couverture en frais de santé, ou elle ne reprend pas les minimums légaux, elle n'est donc pas en conformité avec la loi.

Le fonctionnement de l'outil est simple également :

Ce simulateur est tout d'abord un site internet.
Aucune installation n'est donc nécessaire.

L'analyse se fait grâce à un simple échange de fichier Excel.

Le site vous propose un modèle de tableau qu'il suffit de le remplir avec au maximum 6 informations par clients. Un copier/coller de votre base de paie suffira pour une bonne partie des dossiers. (code APE).

Le résultat de l'analyse est disponible sous forme de graphique ou de liste.

Vous avez sous les yeux la listes de vos clients en conformité ou ceux qui ne le sont pas classé par raison.

Deux versions du site sont disponibles : une version simplifiée dans l'analyse et le résultat et une version plus approfondie qui dispose de fonctionnalités plus étendues qui nécessite un code fourni par votre conseiller AG2R LA MONDIALE.

Pour en savoir plus et tester le simulateur :

Film de présentation : http://youtu.be/SmaAX0OK_9w

Film mode d'emploi du simulateur :
https://www.youtube.com/watch?v=vpSxllQnreA&feature=youtu.be

CÔTÉ SANTÉ

COMMENT FONCTIONNE LE SYSTÈME DE SANTÉ EN FRANCE POUR LES SALARIÉS ?

La couverture santé, en France, se décompose en plusieurs niveaux :

- **1er niveau de remboursement :**
  il s'agit du remboursement de la Sécurité sociale.

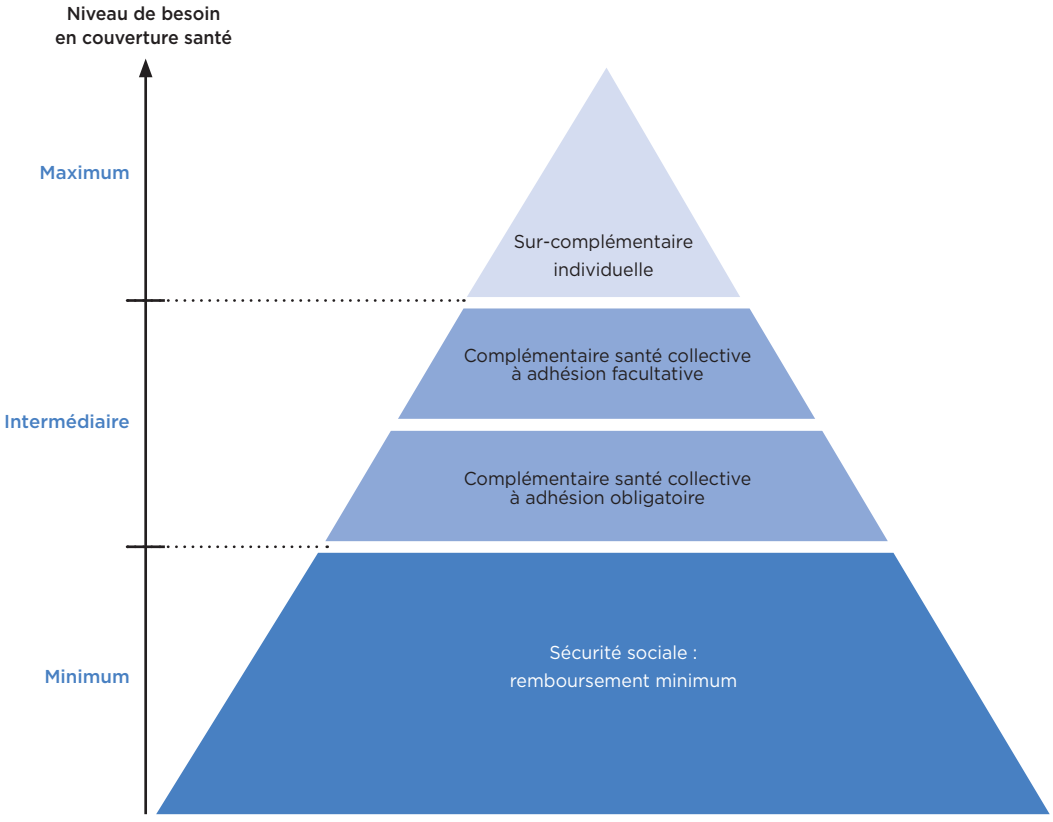
Remarque : même si vous êtes pris en charge à 100% par la Sécurité sociale pour une ALD, il est possible qu'elle ne vous rembourse pas entièrement sur vos autres postes de dépenses en santé (optique, dentaire…). Il est donc préférable pour vous de souscrire une mutuelle en complément.

- **2ème et 3ème niveau de remboursement :**
  il s'agit du remboursement du régime de frais de santé collectif mis en place dans l'entreprise.

Ce régime collectif de frais de santé complète les remboursements que vous percevez de la Sécurité sociale. Vous êtes ainsi mieux remboursés pour vos soins de santé.

- **4ème niveau de remboursement :**
  il s'agit du remboursement des sur-complémentaires santé.

Une sur-complémentaire santé vous couvre au delà des remboursements de votre régime collectif de santé, si vous avez encore un reste à charge à payer. Elle vous permet donc d'être couvert au maximum en cas de coups durs. Vous pouvez souscrire librement à la sur-complémentaire de votre choix, à condition d'avoir déjà une mutuelle (ou complémentaire) soit individuelle, soit par votre entreprise.



COMMENT FONCTIONNE LE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTÉ EN FRANCE ?

Ce schéma permet de comprendre la différence entre vos dépenses réelles, ce que couvre l'assurance maladie obligatoire, ce que votre complémentaire santé peut vous rembourser, et ce qui peut rester à votre charge. Les dépassements figurant dans ce schéma n'existent pas systématiquement. La dépense réelle est alors égale à la base de remboursement.

DÉPENSES RÉELLES	Dépassements	Dépassements	Vous (montant restant éventuellement à votre charge)
	Base de remboursement	Ticket modérateur	Votre complémentaire santé (en fonction de vos garanties)
		Franchise ou participation forfaitaire	Vous
		Montant du remboursement de l'assurance maladie obligatoire (« Sécurité sociale »)	Assurance maladie obligatoire

COMMENT SONT EXPRIMÉS LES REMBOURSEMENTS EN SANTÉ ?

Les garanties sont exprimées soient en euros soit en pourcentage d'une base de remboursement.
En pourcentage de la base de la Sécurité social (100 %, 200 % BR), ou alors sur les frais réels payés par l'assuré (100 % FR : remboursement intégral, quel que soit le montant payé par l'assuré (sauf si plafond indiqué)).
En euros, il s'agit, en général, d'un forfait (souvent utilisé pour l'optique, les prothèses auditives…).

› Votre complémentaire santé peut également prendre en charge des prestations qui ne sont pas du tout remboursées par l'assurance maladie obligatoire. Elle est alors la seule à intervenir dans le remboursement.

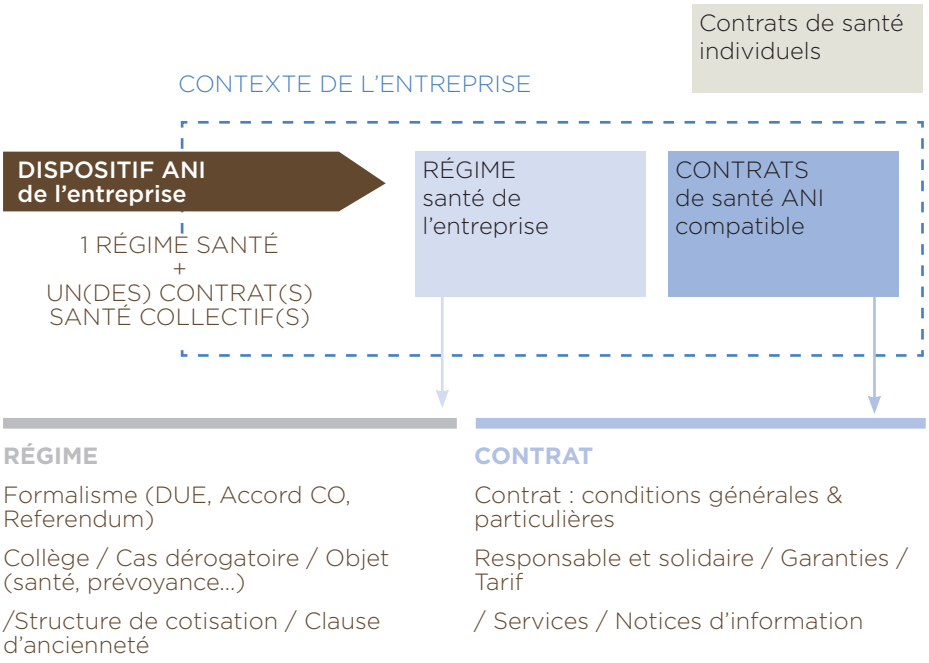
QU'EST-CE QU'UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ COLLECTIVE ?

Une complémentaire santé collective est un contrat de complémentaire santé souscrit par l'entreprise auprès d'un organisme assureur au profit des salariés de l'entreprise. Les garanties complémentaires santé interviennent en complément de remboursement (voire en totalité pour certains actes non remboursés par la Sécurité sociale) pour tous les frais liés à la santé faisant l'objet d'une intervention de la Sécurité sociale : consultations de médecins, médicaments prescrits, analyses médicales, hospitalisation, maternité, frais optiques, frais dentaires, appareillage, prévention.

COMMENT MET-ON EN PLACE UN RÉGIME DE SANTÉ EN ENTREPRISE ?

Le régime des frais de santé doit être formalisé par l'entreprise.
S'il n'y a pas de régime conventionnel, il doit respecter des conditions de forme et notamment être mis en place par un acte juridique qui peut être un accord collectif, un référendum ou une Décision Unilatérale de l'Employeur (DUE)
Le régime devra notamment définir la nature de la prestation, les bénéficiaires de la prestation, la répartition de la cotisation employeur/salarié, les cas de dispenses d'affiliation, la durée de l'engagement et modalités de remise en cause ainsi que l'information des salariés.

QUELLE EST LA DIFFÉRENCE ENTRE UN RÉGIME ET UN CONTRAT ?


Contrats de santé individuels
CONTEXTE DE L'ENTREPRISE
DISPOSITIF ANI de l'entreprise
1 RÉGIME SANTÉ + UN(DES) CONTRAT(S) SANTÉ COLLECTIF(S)
RÉGIME santé de l'entreprise
CONTRATS de santé ANI compatible
RÉGIME
Formalisme (DUE, Accord CO, Referendum)
Collège / Cas dérogatoire / Objet (santé, prévoyance...)
/Structure de cotisation / Clause d'ancienneté
CONTRAT
Contrat : conditions générales & particulières
Responsable et solidaire / Garanties / Tarif
/ Services / Notices d'information

QUELS SONT LES RISQUES DE L'ABSENCE D'ACTE JURIDIQUE OU NON CONFORME ?

Le formalisme de la mise en place d'un contrat santé est important.
Ce manquement peut amener à un redressement de l'URSSAF avec la requalification en avantage en nature sur 3 dernières années plus l'année en cours.

COMMENT RESPECTER LE FORMALISME VIS-À-VIS DU SALARIÉ ?

Pour respecter le formalisme, l'employeur doit, par exemple, remettre l'acte juridique à chaque salarié concerné par le régime en cas de mise en place par D.U.E et conserver une preuve qu'il a bien remis celui-ci à chacun des salariés concernés.
Le salarié qui souhaite faire valoir son droit à dispense doit le formuler par écrit et fournir le justificatif chaque année selon le cas utilisé.
Si le(s) mandataire(s) est concerné par le régime il faut un PV d'assemblée générale (ou délibération du CA pour les SA) qui prévoit son rattachement au dit régime.

À NOTER

› Les conditions liées au formalisme ont été revues par le décret du 09/01/2012 et la circulaire sociale du 25/09/2013

À NOTER

- Le contrat doit respecter les conditions définies par le décret du 09/01/2012, la circulaire sociale du 25/09/2013 et le décret du 08/07/2014 relatifs au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire.
- Le contrat doit aussi respecter le nouveau cahier des charges des contrats responsables défini par le décret du 18/09/2014 et la circulaire DSS du 30/01/2015.

DANS QUELLES MESURES UN CONTRAT DE SANTÉ COLLECTIF PEUT-IL BÉNÉFICIER D'UN RÉGIME FISCAL ET SOCIAL AVANTAGEUX ?

Un régime de santé complémentaire bénéficie d'un régime fiscal et social avantageux s'il respecte les 4 critères suivants :

- **Collectif :** le contrat est mis en place par l'employeur, en respectant l'art. L 911-1 du Code de la Sécurité sociale, pour l'ensemble de ses salariés ou pour chaque catégorie de salariés répondant à un même critère objectif composant la catégorie bénéficiaire. En tout état de cause, tous les salariés doivent être couverts ou se voir proposer une couverture.

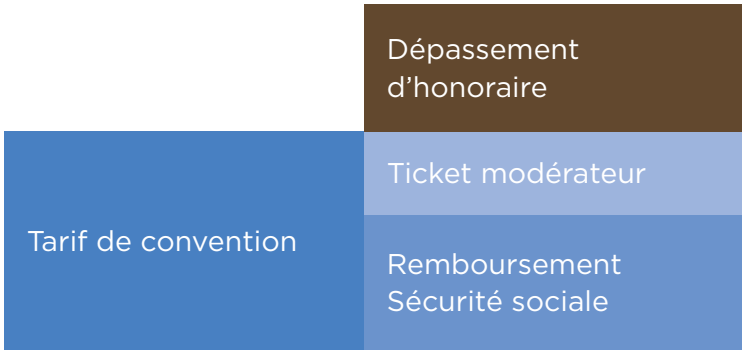
- **Obligatoire :** tous les salariés de la catégorie choisie doivent adhérer obligatoirement au contrat mis en place dans votre entreprise. Dans quelques cas (cas de dispense), certains salariés peuvent choisir de ne pas adhérer au contrat.

- **Responsable** : le contrat incite au parcours de soins coordonné. Dans un cadre défini par décret, il prévoit notamment des prises en charge minimales et maximales de garanties.

- **Solidaire :** le contrat n'impose aucune formalité médicale à l'adhésion.

COMMENT FONCTIONNE LE REMBOURSEMENT D'UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ?

La complémentaire santé a pour vocation de compléter les remboursements de la Sécurité sociale (ou du régime obligatoire équivalent), qui interviennent à l'occasion de dépenses de santé. Elle permet de réduire ou de rembourser en totalité le reste à la charge de l'assuré social après l'intervention de la Sécurité sociale. La complémentaire santé prend en charge tout ou partie de ce qu'on appelle le ticket modérateur. Ce terme désigne la différence entre le tarif de base (ou tarif conventionné) de la Sécurité sociale, et le remboursement qu'elle effectue. Ce taux de remboursement varie en fonction des actes et médicaments, de la santé de l'assuré, du respect ou non du passage par le médecin traitant.



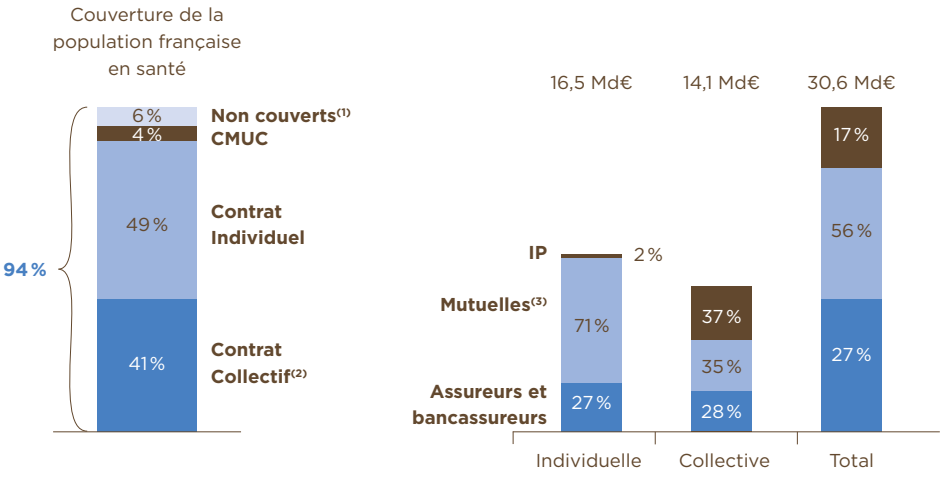
EXEMPLE

Le tarif d'une visite à un médecin généraliste conventionné en secteur 1 est de 23 €. Le taux de remboursement prévu par la Sécurité sociale est de 70 % de cette somme, soit 16,10 €. On soustrait de ce total 1 € au titre de la participation forfaitaire (Cf réforme de l'assurance maladie). La différence entre le tarif et le remboursement de la Sécurité sociale est de 23 € - (16,10 € - 1 €). C'est ce qu'on appelle le ticket modérateur. Il est égal, dans ce cas, à 7,90 € dont 1 € de participation forfaitaire.

QUEL EST L'ÉTAT DU MARCHÉ DE LA SANTÉ ?

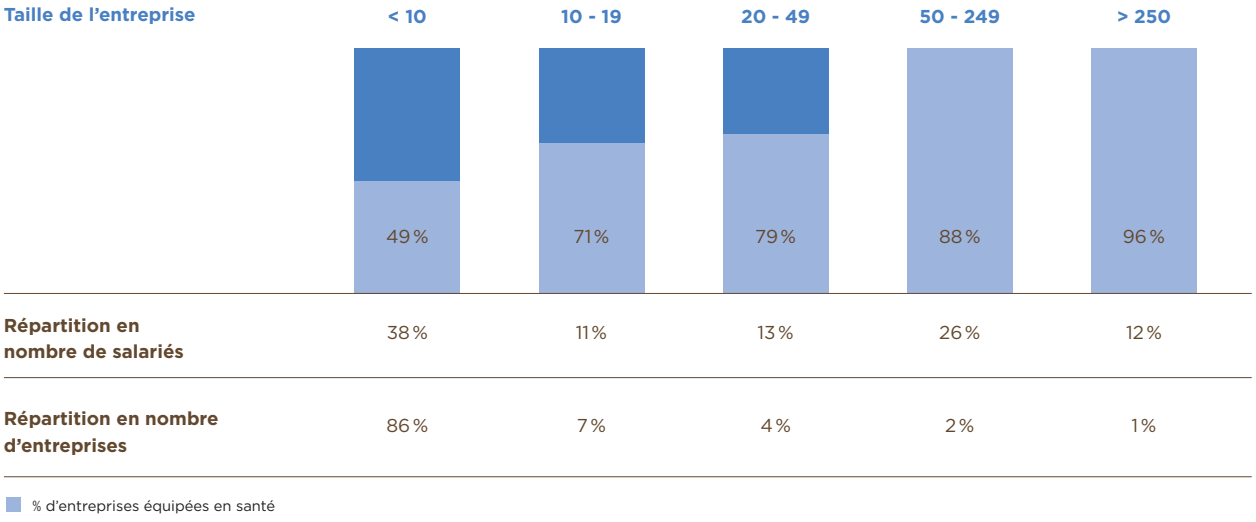
Le marché de la santé est un marché de renouvellement qui est en croissance.

Sources : analyses AG2R-LM, Argus 2012, IRDES 2010, FFSA et GEMA 2010, DREES 2008, les echos 2013, Fond CMU 2011.
(1) Forte proportion de jeunes, de chômeurs, de femmes au foyer, d'artisans commerçants, de personnes à faibles revenus (ouvriers non qualifiés) ou au contraire à forts revenus.
(2) Y compris Mutuelles 45.
(3) Biais possibles car la catégorie Mutuelles inclut le CA des mutuelles rattachées à une IP ou un assureur.



QUEL EST LE POTENTIEL D'ÉQUIPEMENT DES TPE/PME DE MOINS DE 50 SALARIÉS ?

- 69 % des salariés couverts via un accord collectif dont 29 % via les 64 accords de branche Santé :
  - 94 % des employeurs prennent en charge une partie du financement, en moyenne à hauteur de 56 % du prix,
  - 80 % des contrats sont obligatoires et 81 % couvrent l'ensemble du personnel.
- 31 % des salariés non couverts soit 5,1 millions de salariés à travers 47 % des entreprises soit 610 000 entreprises essentiellement des entreprises de moins de 50 salariés.
- Des écarts significatifs entre les secteurs d'activité.



À NOTER

Ne sont pas touchés par l'ANI : les TNS, les seniors, les mutuelles étudiantes, les collectivités d'outre mer, les entreprises françaises ou filiales qui ne sont pas sur le territoire national.

LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ PREND-ELLE EN CHARGE LES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES ?

Les dépassements d'honoraires des professionnels de santé ne sont jamais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire mais peuvent effectivement l'être par la complémentaire santé.
Les remboursements prévus par la complémentaire santé sont donc, d'une manière générale, exprimés en pourcentage du tarif de base de la Sécurité sociale.

Si l'on reprend l'exemple de la visite chez le médecin, la complémentaire santé annoncera un remboursement de 100 %. Cela sous entend 100 % du tarif de base de la Sécurité sociale soit 23 € - 1 € de participation forfaitaire et donc, dans ce cas, une prise en charge totale du ticket modérateur.
Pour certains soins et notamment pour l'optique et le dentaire, la complémentaire santé souvent fait référence à des forfaits. Les différents niveaux de remboursement de la complémentaire santé sont précisés dans le contrat.

QU'EST-CE QU'UNE FRANCHISE MÉDICALE ?

La franchise est de 50 centimes d'euro par boîte de médicaments, de 50 centimes d'euro pour tous les actes paramédicaux et de 2 euros sur tous les transports sanitaires.
Ceci s'ajoute aux autres déremboursements déjà en vigueur.
Elle est annuellement plafonnée à 50 euros par assuré.
Les familles modestes (RMI et AME), les enfants de moins de 16 ans et les femmes enceintes (à partir du 6e mois de grossesse) en sont dispensés.
Cette franchise n'est pas prise en charge par les assurances complémentaires santé.
Les fonds récoltés serviront à financer la lutte contre le cancer et contre la maladie d'Alzheimer ainsi que les soins palliatifs.

QU'EST CE QU'UNE SUR-COMPLÉMENTAIRE SANTÉ ?

L'assurance santé sur-complémentaire permet d'améliorer les remboursements de la complémentaire santé, si ceux-ci sont insuffisants par rapport aux besoins réels de remboursement.
En souscrivant une sur-complémentaire, vous choisissez des montants pour chaque garantie qui viennent s'ajouter aux remboursements de votre mutuelle.

Si la mutuelle a été souscrite via l'entreprise

Le choix des garanties de la mutuelle d'entreprise appartient au dirigeant de l'entreprise et non au salarié. Ces garanties peuvent donc être parfois insuffisantes. Pour améliorer les remboursements, il est possible de souscrire une sur-complémentaire sur les postes de garantie mal remboursés par la mutuelle d'entreprise (par exemple : l'optique).

Si la mutuelle a été souscrite à titre individuel

Si la mutuelle ne rembourse pas suffisamment mais qu'il serait trop coûteux d'en changer complètement, il y a la possibilité de compléter les remboursements sur des garanties en particulier via une sur-complémentaire qui peut être souscrite chez le même assureur que la mutuelle existante ou chez un concurrent.

QUELS SONT LES ORGANISMES ASSUREURS ?

Comme pour l'ensemble de la protection sociale complémentaire (prévoyance, santé et retraite), les garanties complémentaires santé peuvent être proposées par :
- une institution de prévoyance,
- une mutuelle,
- une société d'assurances.

Ces trois acteurs sont désormais associés à la gestion de l'assurance maladie par le biais de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM).

QU'EST CE QU'UNE INSTITUTION DE PRÉVOYANCE ?

Une Institution de prévoyance est, en France, une société qui assure et gère des contrats collectifs d'assurance de personnes couvrant les risques de maladie, incapacité de travail et invalidité, dépendance, décès. Sociétés de personnes, de droit privé, et à but non lucratif, les institutions de prévoyances sont régies par le code de la Sécurité sociale et relèvent des directives européennes sur l'assurance. Les contrats d'assurance qu'elle gère sont collectifs, c'est-à-dire établis dans le cadre exclusif de l'entreprise ou la branche professionnelle.

Les acteurs de l'assurance de personnes sont de trois types : les compagnies d'assurances, les institutions de prévoyance, les mutuelles. Chaque type d'assureur répond à des règles de fonctionnement spécifique liées à son statut, et est soumis à des obligations réglementaires strictes en matière de provisionnement et de sécurité financière. Il existe près de soixante institutions de prévoyance en France, elles couvrent plus de 12 millions de salariés.

Une institution de prévoyance est créée et gérée par les partenaires sociaux (syndicats professionnels) d'une entreprise, d'une branche ou entre plusieurs branches d'activité. Elle dispose d'un Conseil d'administration paritaire. Il est constitué à parts égales de représentants des salariés et de représentants des entreprises. Il a la charge de définir et mettre en œuvre les garanties dans l'intérêt exclusif des salariés dans l'entreprise. Comme il n'y a aucun actionnariat à rémunérer les résultats servent donc à améliorer le niveau des garanties, la qualité des services et la sécurité des engagements.

QU'EST CE QU'UNE MUTUELLE ?

Le terme de société d'assurance mutuelle définit une structure juridique particulière aussi appelée « mutuelle d'assurance ». Il s'agit d'organismes à but non lucratif, sur le modèle des mutuelles régies par l'ordonnance du 19 octobre 1945 donc, mais qui s'en distinguent par le fait qu'ils dépendent du code des assurances et non du code de la mutualité, ce dernier régissant les mutuelles 45.

Les distinctions entre les différentes structures juridiques possibles pour les organismes de complémentaire santé sont relativement fines. Il n'est pas évident de ne pas confondre les sociétés d'assurance mutuelle et les mutuelles.

Dans l'Union européenne, les mutuelles sont l'une des quatre composantes de l'économie sociale, les trois autres composantes de l'économie sociale, appelée aussi troisième secteur, étant les coopératives, les fondations et les associations.

Ces groupes volontaires de personnes (physiques et morales) fonctionnent selon le principe de la solidarité entre membres, et tentent avant tout de répondre aux besoins de ceux-ci plutôt que d'obtenir un retour sur investissement.

QU'EST CE QU'UNE COMPAGNIE D'ASSURANCE ?

Une compagnie d'assurances est une entreprise qui fournit des services d'assurance. Les prestations d'assurance sont effectuées soit par des sociétés soit par des mutuelles. Une captive d'assurance n'est pas une compagnie d'assurances.

CÔTÉ LEXIQUE

Adhérent
Personne ayant souscrit un contrat à titre individuel ou affilié en tant que salarié au titre d'un contrat collectif souscrit par son employeur.

Affection de longue durée (ALD)
Il y a 2 types de prises en charge en matière de remboursement des régimes obligatoires :
- L'affection de longue durée exonérante est une maladie dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ouvrant droit à la prise en charge à 100 % de la base du tarif de la Sécurité sociale. pour les soins liés à cette pathologie.
- L'affection de longue durée non exonérante est une affection qui nécessite une interruption de travail ou des soins d'une durée supérieure à six mois, mais qui n'ouvre pas droit à la suppression du ticket modérateur. Les soins dispensés dans le cadre de cette pathologie sont remboursés aux taux habituels.

L'ALD peut faire l'objet de la prise en charge totale par une mutuelle santé suivant le niveau de garanties choisi.

Affiliation / Affilié
Rattachement d'une personne (l'affilié) au régime de la Sécurité sociale. Dès lors, l'affilié a le droit de bénéficier des prestations de la Sécurité sociale et l'obligation de cotiser.

Ayant droit
Personne bénéficiant des garanties prévues au contrat non à titre personnel mais du fait de ses liens de parenté avec l'assuré. Les ayants droit peuvent être, dans le cadre d'une couverture complémentaire Santé, le conjoint, le concubin ou bien les enfants à charge.

Base de Remboursement (BR)
Tarif servant de base à la Sécurité sociale pour effectuer ses remboursements. Il est parfois inférieur aux dépenses réellement engagées. Il désigne :
soit le tarif de convention, lorsque les soins sont pratiqués par un praticien conventionné,
soit le tarif d'autorité, lorsque les soins sont pratiqués par un praticien non conventionné,
ou soit la base de remboursement des frais d'appareillage, d'optique, etc.

Bénéficiaire
Personne qui peut percevoir des prestations au titre du contrat soit à titre personnel (l'assuré principal), soit du fait de ses liens de parenté avec l'assuré principal direct (les ayants droit).

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
La CNAMTS est la caisse qui gère au plan national la branche Assurance Maladie du régime général de Sécurité sociale. Communément, les salariés des professions non agricoles travaillant en France sont affiliés au régime général et sont couverts sous certaines conditions pour les risques suivants : maladie (soins de santé et arrêts de travail), invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles (soins de santé et arrêts de travail).

Caisse Primaire d'Assurance Maladie
Une CPAM assure dans sa circonscription (il existe au moins une CPAM par département) entre autres l'immatriculation, le calcul et le paiement des prestations de soins de santé des assurés sociaux relevant du régime général.

Complémentaire Santé (communément appelée « mutuelle »)
Couverture proposée par les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance, qui vient en complément des garanties de la Sécurité sociale. Il s'agit donc d'une prise en charge partielle ou totale des frais de santé non remboursés à l'assuré par la Sécurité sociale.

Contrat d'accès aux soins (CAS)
Le contrat d'accès aux soins a été mis en place par l'avenant n° 8 à la convention médicale publié au Journal officiel du 6 décembre 2012.
En signant le contrat d'accès aux soins, le médecin contribue à améliorer la prise en charge de ses patients.
Pendant la durée de son adhésion au contrat, il s'engage :

- à maintenir sa pratique tarifaire (par rapport à 2012) ;
- à stabiliser son taux moyen de dépassement d'honoraires observé en 2012, recalculé sur la base des tarifs opposables et des majorations applicables aux médecins exerçant en secteur 1 ;
- à réaliser une part de ses actes à tarif opposable (c'est-à-dire sans dépassement) au moins égale à celle constatée en 2012.

Il bénéficie, pour cela, des tarifs de remboursement et des rémunérations forfaitaires applicables au secteur 1 et de la prise en charge d'une partie de ses cotisations sociales.

Conventions médicales
La relation entre la Sécurité sociale et les professionnels libéraux (médecins, sages-femmes, chirurgiens dentistes, auxiliaires médicaux) est définie par des conventions négociées avec les représentants syndicaux des différentes professions. Elles déterminent notamment les montants auxquels sont facturées les prestations des praticiens conventionnés. Les tarifs dits de convention sont révisés selon une période variable.

Couverture Maladie Universelle (CMU)
Depuis le 1er janvier 2000, la loi sur la Couverture maladie universelle (CMU) permet à toute personne résidant en France de façon stable et régulière, et qui n'est pas déjà couverte à quelque titre que ce soit par un régime obligatoire d'assurance maladie, de bénéficier de la Sécurité sociale pour la prise en charge de ses dépenses santé : la CMU de base.
La CMU complémentaire est accordée sous condition de ressources. Elle permet de bénéficier d'une prise en charge à 100 % des dépenses de santé, sans avoir à faire l'avance des frais.

Délai d'attente, de carence ou de stage
Période qui suit l'adhésion ou la souscription et pendant laquelle l'assuré cotise à une complémentaire Santé sans pouvoir bénéficier des prestations pour tout ou partie des risques. Ce délai est notamment appliqué lorsque l'assuré ne peut justifier d'une couverture complémentaire précédente et similaire (certificat de radiation de la précédente complémentaire).

Dépassement d'honoraires
La part des honoraires d'un praticien dépassant la Base de Remboursement (tarif servant de base aux remboursements de la Sécurité sociale en secteur conventionné). Cette part de la dépense n'est jamais remboursée par le régime de la Sécurité sociale.
Elle peut faire l'objet de la prise en charge totale ou partielle par une mutuelle santé suivant le niveau de garanties choisi.
Si vous possédez déjà une mutuelle via votre entreprise et que les dépassements d'honoraires ne sont pas suffisamment pris en charge,une sur-complémentaire santé vous permet de compléter vos garanties

Exclusions de garanties
Situations, risques ou maladies pour lesquels les dépenses de soins ou les pertes de revenu ne sont pas couvertes par le contrat. Elles doivent être obligatoirement précisées dans les documents contractuels.
Les garanties sont l'ensemble des prestations dont bénéficient les assurés.

Exonération du ticket modérateur
Les assurés sociaux peuvent être exonérés du ticket modérateur dans certains cas :
- Les personnes atteintes d'une maladie reconnue de longue durée (uniquement les soins en rapport avec la maladie).
- Les personnes subissant une intervention chirurgicale d'une certaine gravité (de plus de 30 jours par exemple).
- Les nouveaux-nés hospitalisés dans les 30 premiers jours.
- Les femmes enceintes pendant une période qui débute 4 mois avant la date présumée de l'accouchement et se termine à la date de l'accouchement.
- Les titulaires d'une rente accident du travail, d'une pension militaire et/ou invalidité.

L'exonération est accordée pour une durée limitée ou illimitée selon la situation. La participation de la Sécurité sociale est égale à 100% du tarif de responsabilité et laisse à la charge de l'assuré les dépassements d'honoraires et de tarifs.

Forfait 18 euros
La participation forfaitaire de 18 euros est à votre charge lorsque vous bénéficiez d'actes dont le tarif est égal ou supérieur à 91 euros, ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 50 qu'ils soient pratiqués en cabinet de ville (depuis le 1er décembre 2007), dans un centre de santé ou en établissement de santé (hôpital, clinique) dans le cadre de consultations externes ou qu'ils concernent les frais d'une hospitalisation en établissement de santé.

Forfait Hospitalier* (Forfait Journalier Hospitalier)
Participation financière de l'assuré aux frais d'hébergement ou d'entretien en cas d'hospitalisation supérieure à 24 heures. Celle-ci est non remboursée par la Sécurité sociale et son montant est fixé par arrêté interministériel à 16€ par jour depuis le 01/01/2007 sauf en cas d'hospitalisation dans un service de psychiatrie où il est fixé à 12€.
Une prise en charge de cette participation est généralement prévue au titre de la complémentaire.
*Le forfait journalier hospitalier ne s'applique pas aux établissements médicaux-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD), ni aux régimes Alsace-Moselle et monégasque).

Frais de séjour
Frais (de repas, de logement, d'occupation des salles d'opération…) occasionnés en cas d'hospitalisation. Une partie est prise en charge par le régime obligatoire, l'autre pouvant être prise en charge, totalement ou partiellement par des complémentaires santé ou sur-complémentaires.

Frais médicaux
Ensemble des frais de santé exposés par un patient et susceptibles d'être pris en charge par une assurance maladie (consultations et visites médicales, pharmacie, hospitalisation…).

Frais réels
Dépenses réellement engagées par les assurés. Elles doivent figurer sur les feuilles de soins, les décomptes de la Sécurité sociale et les factures d'hospitalisation.

Franchise médicale
La franchise est une somme qui est déduite des remboursements effectués par votre caisse d'Assurance Maladie sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.
Le montant de la franchise est de :
- 50 centimes d'euro par boîte de médicaments (ou toute autre unité de conditionnement : flacon par exemple) ;
- 50 centimes d'euro par acte paramédical ;
- 2 euros par transport sanitaire.

Le montant de la franchise est plafonné à 50 euros par an pour l'ensemble des actes ou prestations concernés et est plafonné par jour à 2 € sur les actes paramédicaux et à 4 € pour les transports sanitaires.

Hors-nomenclature
Acte médico-chirurgical qui ne figure pas dans la nomenclature générale des actes professionnels remboursés par la Sécurité sociale.

Médecin Traitant ou Médecin Référent
C'est le médecin généraliste qui coordonne l'ensemble de vos soins et vous dirige éventuellement vers des spécialistes. Le remboursement par la Sécurité sociale d'une consultation de spécialiste hors parcours de soins (non prescrite par le médecin traitant) est minoré.

Médecins conventionnés appartenant au secteur 1
Les médecins exerçant en secteur 1 sont engagés à appliquer les tarifs conventionnés. Ils ne peuvent facturer de dépassement d'honoraires qu'à titre exceptionnel, en cas d'une exigence particulière du patient. Le dépassement d'honoraires n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie. Il reste à votre charge.

Médecins conventionnés appartenant au secteur 2
Un médecin traitant exerçant en secteur 2, dit secteur « à honoraires libres », fixe lui-même ses tarifs. Ils sont supérieurs aux tarifs de convention.
L'écart entre le prix payé et le tarif de convention n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie. Il reste à votre charge.
Le médecin est tenu d'afficher ses tarifs dans sa salle d'attente ; vous pouvez aussi les lui demander par téléphone, au moment où vous prenez rendez-vous.

Participation forfaitaire de 1€
Elle s'applique, aux adultes de plus de 18 ans, pour toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, (que vous respectiez ou non le parcours de soins coordonnés), mais également sur vos examens radiologiques ou analyses.

Régime obligatoire (RO)
Régimes obligatoires de protection sociale couvrant tout ou une partie des risques liés à la maladie, à la maternité et aux accidents de la vie privée et professionnelle, les maladies professionnelles et les invalidités.

Reste à charge
Ce sont les dépenses non remboursées par l'assurance maladie obligatoire. Sur cette partie peuvent intervenir, totalement ou partiellement, des complémentaires santé ou sur-complémentaires.

Services médical rendu des médicaments :
Le Service Médical Rendu (SMR) est une mesure de l'efficacité et de l'utilité des médicaments vendus en France. Il est évalué par la Commission de transparence de la Haute Autorité de santé. L'évaluation prend en compte plusieurs éléments :
- la gravité de la maladie pour laquelle le médicament est indiqué,
- son efficacité pour prévenir ou soigner cette maladie,
- son intérêt pour la santé publique,
- ses effets indésirables.

Soins externes
Soins reçus en établissement hospitalier (public ou privé) sans qu'il y ait hospitalisation.

Sur-complémentaire santé
Couverture proposée par certaines mutuelles, institutions de prévoyance ou sociétés d'assurance, qui vient en complément des garanties :
- de la Sécurité sociale ;
- de votre mutuelle (souscrite individuellement ou souscrite par votre employeur pour votre compte).

La sur-complémentaire santé permet d'augmenter vos remboursements sur des garanties trop faiblement remboursées par votre mutuelle.

Tarif d'autorité
Tarif appliqué par la Sécurité sociale pour ce qui concerne les actes effectués par des praticiens exerçant hors convention. Une partie de celui-ci est remboursé par la Sécurité sociale.

Tarif de Convention (TC)
Le tarif de convention est le barème qui est utilisé par la Sécurité sociale pour vous rembourser vos soins médicaux dispensés par un praticien conventionné (secteur 1 ou 2). Il est retenu comme base de remboursement quel que soit le montant de vos dépenses. Connaître ce terme permet de mieux comprendre les garanties indiquées dans votre contrat.

Tarif Forfaitaire de Responsabilité (TFR) (utilisé uniquement en pharmacie)
C'est le tarif de référence pour le remboursement de certains médicaments de marque. Il est calculé à partir du prix des médicaments génériques correspondants. Le TFR permet à la Sécurité sociale de rembourser les médicaments de marque à hauteur du prix du générique correspondant.

Ticket modérateur
Pour vos frais médicaux, c'est la part qui reste à votre charge après remboursement de la Sécurité sociale, même pour les médecins conventionnés. Dans certains cas l'assuré peut bénéficier de l'exonération du ticket modérateur.

Tiers-Payant
Paiement direct, au professionnel de santé, total ou partiel des frais médicaux ou pharmaceutiques en lieu et place de l'assuré. Cette dispense d'avance de frais se fait soit sur présentation de la carte de tiers-payant (pharmacie, laboratoires, radiologie), soit par l'établissement d'une prise en charge (hospitalisation, frais optique et dentaire).

L'OFFRE AG2R LA MONDIALE POUR LES PROFESSIONNELS

Partout en France un acteur de référence de l'assurance de protection sociale et patrimoniale.

SANTÉ
Complémentaire santé

PRÉVOYANCE
Incapacité et invalidité
Décès

ÉPARGNE
Constitution d'un capital
Transmission d'un patrimoine

RETRAITE
Complément de revenus

ENGAGEMENT SOCIAL
Gestion de fin de carrière
Services à la personne

AG2R LA MONDIALE
104-110 bd Haussmann
75379 Paris Cedex 08
www.ag2rlamondiale.fr

GIE AG2R, membre du groupe AG2R LA MONDIALE - GIE agissant pour le compte d'institutions de retraite complémentaire Agirc-Arrco, d'institutions de prévoyance, de mutuelles et de société d'assurances - 35, boulevard Brune 75014 Paris - 433 719 812 RCS Paris.
GIE LA MONDIALE GROUPE, membre du groupe AG2R LA MONDIALE - GIE - 32, avenue Émile Zola 59370 Mons-en-Baroeul - 445 331 192 RCS Lille.

042015-39227 - DESIGN : CHEVALVERT - CONCEPTION : WWW.LETB-SYNERGIE.COM - AGENCE LE SQUARE / FRANCK BENAUSSE & WILLIAM CROZES - DOCUMENT NON CONTRACTUEL - NE PEUT ENGAGER LA RESPONSABILITÉ DU GROUPE